**Έντυπο Δήλωσης Σύγκρουσης Συμφερόντων**

**(Conflict of Interest Disclosure Form – COI)**

 (να συμπληρωθεί από τον Πρόεδρο και τα μέλη της Επιστημονικής ή/και Οργανωτικής Επιτροπής)

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ** (με πεζούς χαρακτήρες – όχι κεφαλαία):

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ**:

**ΦΟΡΕΑΣ/ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ**:

Σύμφωνα με το Κριτήριο 14 του εγγράφου UEMS 2016.20 «EACCME Criteria for the Accreditation of Live Educational Events (LEE)», πρέπει όλες οι Δηλώσεις Σύγκρουσης Συμφερόντων –λόγω οικονομικής ή άλλης σχέσης- να γνωστοποιούνται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, κατά την υποβολή της αίτησης. Οι δηλώσεις πρέπει να περιλαμβάνουν οποιαδήποτε χρέωση, αμοιβή ή διευθέτηση αποζημίωσης σχετίζεται με την εκδήλωση.

**ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ**

❑ Δεν έχω να δηλώσω καμία σύγκρουση συμφερόντων

❑ Έχω να αναφέρω τις ακόλουθες ενδεχόμενες συγκρούσεις συμφερόντων

|  |  |
| --- | --- |
| **Τύπος εξαρτώμενης σχέσης/οικονομικών συμφερόντων**  | **Όνομα Εμπορικής Εταιρείας**  |
| Λήψη χορηγιών/οικονομική στήριξη έρευνας: |  |
| Λήψη αμοιβής ή χρηματοδότησης συνεδρίων: |  |
| Συμμετοχή σε εταιρεία που χρηματοδοτεί ομιλητή: |  |
| Μέτοχος: |  |
| Σύζυγος/ Σύντροφος/Εταίρος: |  |
| Άλλου είδους στήριξη (παρακαλώ διευκρινίστε): |  |

**Υπογραφή Ημερομηνία**